



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Gdańsk, dnia.....

### I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania):  
.....

### II. Osoba wnioskująca o wydanie dokumentacji jest: (proszę zaznaczyć właściwe)

- Pacjentem
- osobą upoważnioną przez Pacjenta
- przedstawicielem ustawowym pacjenta
- osobą bliską dla zmarłego Pacjenta (w rozumieniu art. 3 ust 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

### III. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania):  
.....

### IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji medycznej:

#### Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

- zakres dokumentacji: .....
- okres leczenia: .....

### IV. Sposób udostępnienia dokumentacji: (proszę zaznaczyć właściwe)

- do wglądu w siedzibie PULS-MEDIC Sp. z o.o., Gdańsk, ul. T. Chałubińskiego 23
- poprzez sporządzenie wyciągu, odpisu
- poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną na adres.....
- poprzez sporządzenie kserokopii
- na informatycznym nośniku danych

### V. Sposób odbioru dokumentacji: (proszę zaznaczyć właściwe)

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać listem poleconym na adres: .....
- odbierze osobiście osoba przeze mnie upoważniona:  
- imię i nazwisko: .....nr dow. osobistego: .....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej i ewentualnej wysyłki.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

---

## **VI. Adnotacje pracownika dotyczące udostępniania informacji:**

### **POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

.....  
data i podpis pracownika przyjmującego wniosek

- ODMOWA UDOSTĘPNIENIA**  
 **UDOSTĘPNIENIE**

*Zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. § 78 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - udostępnianie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki, a więc możliwie jak najszybciej.*

### **POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
- upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

### **POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

## **Klauzula informacyjna dot. uzyskania dokumentacji medycznej**

Dokładając wszelkich starań, aby przetwarzanie danych osobowych było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - dalej **RODO**, chcielibyśmy przekazać Państwu następujące informacje:

<b>TOŻSAMOŚĆ I DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA</b>	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PULS-MEDIC Sp. z o.o. mająca siedzibę w Gdańsku, ul. Tytusa Chałubińskiego 23, 80-809 Gdańsk, wpisana do rejestru KRS 0000088676 Regon 192486670 NIP 583 27 40 081. Z administratorem można się skontaktować pisemnie na adres siedziby lub poprzez email: <a href="mailto:biuro@pulsmedic.pl">biuro@pulsmedic.pl</a>
<b>DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH</b>	Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez email: <a href="mailto:iod@pulsmedic.pl">iod@pulsmedic.pl</a>
<b>CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA</b>	Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu uzyskania dokumentacji medycznej na podstawie : art. 6 ust. 1 lit. a, c, d i e oraz art. 9 ust.2 lit. h RODO.
<b>ODBIORCY DANYCH</b>	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umów zawartych w celu realizacji usług medycznych, w tym laboratoria analityczne, podmioty lecznicze jak również upoważnieni przez Administratora pracownicy.
<b>PRZEKAZANIE DANYCH OSOBOWYCH DO PAŃSTWA TRZECIEGO LUB ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWEJ</b>	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
<b>OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH</b>	Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez Administratora zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym przez okres 20 lat, bądź, w przypadku zgonu pacjenta – 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, bądź przez inny okres wskazany w art. 29 w/w ustawy.
<b>PRAWA PODMIOTÓW DANYCH</b>	Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych lub trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
<b>PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO</b>	Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
<b>INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH</b>	Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Konsekwencją niepodania danych w zakresie określonym w przepisach prawa będzie odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej..
<b>INFORMACJE O ZAUTOMATYZOWANYM PODEJMOWANIU DECYZJI, W TYM PROFILOWANIU</b>	Administrator nie stosuje mechanizmów zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym nie stosuje profilowania. Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody.

Data aktualizacji: 13.02.2023 r.